



**COMMUNE DE
L'ISLE SUR SEREIN**
Département de l'Yonne

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF
Prévu à l'article L.121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

BULLETIN D'INSCRIPTION

Bulletin à remplir en LETTRE MAJUSCULES, soit :

- ❖ Par la personne âgée ou en situation de handicap
- ❖ Par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami)

Et à retourner par courrier à : **La commission d'Action Sociale – Mairie de L'Isle sur Serein**
2 Rue bouchardat – 89 440 L'ISLE SUR SEREIN

I – IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Monsieur Madame

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de Naissance : ____/____/____ à :

Adresse :

Téléphone fixe : Portable :

Situation de famille :

Célibataire Marié (e) Divorcé (e) Veuf/Veuve Vit en couple

Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

Je demande mon inscription :

- En qualité de personne âgée de 65 ans et plus
- En qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- En qualité de personne en situation de handicap

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

II- REFERENCES DU SERVICE MEDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

D'un service d'aide à domicile

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :

D'un service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :



**COMMUNE DE
L'ISLE SUR SEREIN**
Département de l'Yonne

Du médecin traitant

Nom : Prénom :

Adresse :

Aucun service à domicile

III- PERSONNE DE VOTRE ENTOURAGE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom- Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Nom- Prénom :

Adresse :

Téléphone :

IV- SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BENEFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRECISER VOS COORDONNES :

Monsieur Madame

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Agissant en qualité de :

Représentant légal

Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

Médecin traitant

Autre : (merci de préciser)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.
Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler à la Commission d'Action Sociale toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour des données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Fait à :, le

Signature obligatoire

Les informations communiquées ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départemental. Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage de la Commission d'Action Sociale de l'ISLE SUR SEREIN, responsable de leur traitement. Elles seront traitées en conformité avec la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.